La Motta Andrade (M. A.)

THESE

DO

DR. MATHIAS DE ANDRADE

DISSERTAÇÃO

Primeira cadeira de clinica medica de adultos

Do diagnostico e tratamento das paralysias periphericas

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 28 de Agosto de 1886

E perante ella sustentada em 30 de Dezembro do mesmo anno

PELO

Dr. Mathias Arthur da Motta Andrade

Natural do Rio Janeiro.

RIO DE JANEIRO

TYPOGRAPHIA, LITHOGRAPHIA E ENCADERNAÇÃO A VAPOR

LAEMMERT & C.

71 RUA DOS INVALIDOS 71

1886

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR. — CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA
VICE-DIRECTOR. — CONSELHEIRO DR. ALBINO RODRIGUES DE ALVARENGA
SECRETARIO. — DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

Os Illms. Srs. Drs:

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therap, especialmente braz.ª
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Claudio Velho da Motta Maia	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e peq. cirurgia
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem (Pres.) Domingos de Almeida M. Costa	Clinica medica de adultos.
Conselheiro Vicente Candido Figueira de Saboia. João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hylario Soares de Gouvêa	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro (Examinador)	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizaro Gabizo (Examinador)	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão (Examinador)	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Os Illms. Srs. Drs.:

Antonio Caetano de Almeida	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e peq. cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therap. especialmente braz.ª

ADJUNTOS

Os Illms. Srs. Drs.

. . . .	Chimica medica e mineralogica.
. . . .	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologica.
. . . .	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
. . . .	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislau de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
. . . .	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves Faria	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophtalmologica.
. . . .	Clinica psychiatrica.

N.B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas Theses que lhe são apresentadas

A Meu Pai e Verdadeiro Amigo

Manoel dos Santos de Andrade

E

A' Minha Extremosa Mãi

D. Ermelinda Eufrazia da Motta Andrade.

Si algum merecimento tiver esse
trabalho, acceitai-o que lhes offerece

O FILHO EXTREMOSO

MATHIAS.

A' Minha Noiva

Augusta Drouhins.

A ti o meu futuro.

A MEU FUTURO SOGRO

Augusto Drouhins

E

A' MINHA FUTURA SOGRA

D. Maria Luiza Drouhins

Tributo de amizade e gratidão.

AOS MEUS IRMÃOS

Hortence de Andrade Abrantes.
Esmeralda Aurora da Motta Andrade.
Adalberto Augusto da Motta Andrade.
Analia da Motta Andrade.
Aurora da Motta Andrade.

Muita amizade e felicidades.

Aos meus parentes.

Aos meus mestres e distinctos clinicos do hospital do Carmo:

Dr. Monteiro de Azevedo.
Dr. Alfredo Guimarães.
Dr. Ewerton de Almeida
Dr. Macedo de Aguiar.

Homenagem ao talento e á illustraçãc.

Aos meus amigos e companheiros do hospital do Carmo

DR. CARLOS AUGUSTO BOTTO

DR. FERNANDO KOCK

DR. CARLOS RIBEIRO DE CASTRO

AMIZADE

A' Administração

DO

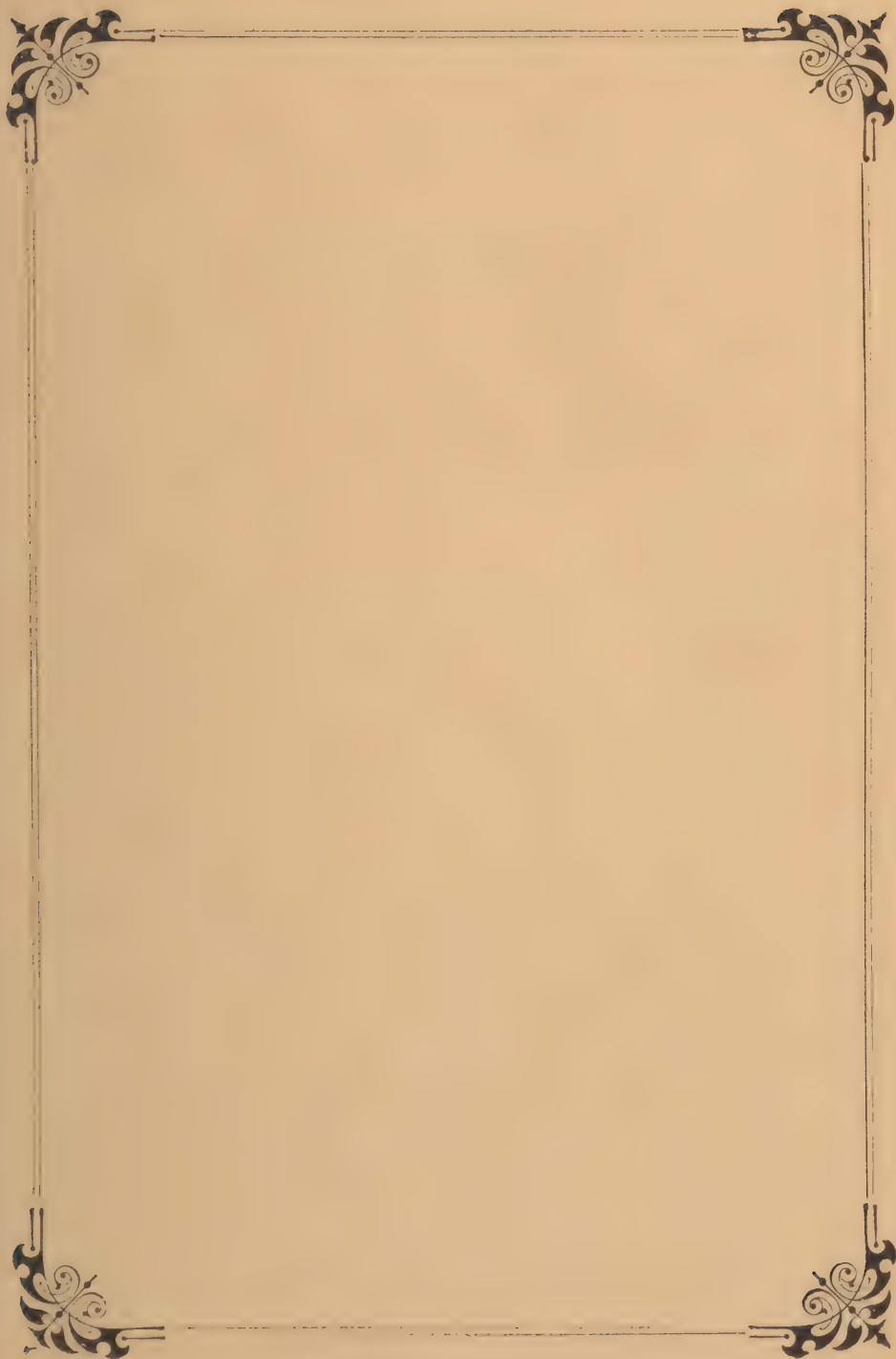
HOSPITAL DA VENERAVEL ORDEM TERCEIRA DE
N. S. DO MONTE DO CARMO

AOS MEUS AMIGOS

AOS AMIGOS DE MEU PAI

AOS MEUS COLLEGAS DE ANNO

Aos doutorandos de 1887

Muitas felicidades.

PREFACIO

DO diagnostico e tratamento das paralysias periphericas eis o ponto que ousadamente escolhemos para nossa dissertação.

Não previamos de certo as difficuldades com que tinhamos de lutar e nem ao menos reconhecemos a falta de competencia da nossa parte quando deliberamos escrever o nosso trabalho sobre tal assumpto; porém, como sempre tivemos o pretencioso desejo de escrever um ponto sobre molestias do systema nervoso e como tivemos occasião de observar durante o anno de 1885 e durante o corrente anno alguns casos de paralysias periphericas, não só no hospital da Veneravel Ordem Terceira do Monte do Carmo, enfermaria de S. João, a cargo do nosso illustre mestre o Exm. Sr. Dr. Monteiro de Azevedo, assim como na quarta enfermaria de medicina do Hospital da Misericordia, a cargo do nosso illustre professor o Exm. Sr. Conselheiro Dr. Torres Homem, fomos então animados a preterir, dentre os pontos que nos forão

dados, o ponto terceiro da primeira cadeira de clinica medica, isto é, do diagnostico e tratamento das paralysias periphericas. Bem deveis comprehender a que nivel chegou a nossa ousadia; porém esperamos que os nossos mestres e aquelles que se fatigarem em lêr este insignificante trabalho, recordem-se sempre o que La Bruyère dizia : *Je désire que mes juges voient en moi non l'homme qui écrit, mais cellui qui est forcé d'écrire.*

Referindo-se o nosso ponto tão sómente ao diagnostico e tratamento das paralysias periphericas, não necessitavamos, é verdade, de entrar no estudo da etiologia e symptomatologia dessas paralysias ; como porém o estudo dessas duas partes ou muitas vezes mesmo sómente de uma dellas nos fornece dados preciosos para o esclarecimento do nosso diagnostico, como tivemos occasião de verificar no decurso do nosso trabalho, e como a facilidade do diagnostico de uma paralysia não é a mesma quando se trata do diagnostico differencial entre as paralysias de origem central e peripherica, pois que ahi as difficuldades muitas vezes tornão-se extremas, necessitámos pois de auxiliares poderosos que nos guiarem nesse caminho tão difficultoso e por conseguinte acreditamos que, antes de estudar o diagnostico e o tratamento das paralysias periphericas, devemos lembrar rapidamente a sua etiologia, recordar superficialmente a sua symptomatologia, que muitas vezes nos fornecerão bastante luz para chegarmos a um diagnostico mais ou menos exacto.

Assim pois, começando o nosso trabalho, diremos algumas palavras sobre paralysias em geral, referindo-nos tão sómente á definição e classificação das paralysias, trataremos em seguida da definição e causas mais frequentemente observadas das

paralysias periphericas, occupar-nos-hemos da symptomatologia da paralysia de Bell e da do nervo radial, essas duas fórmas clinicas de paralysias periphericas que mais geralmente são observadas, estudaremos em um capitulo especial as paralysias saturninas, trataremos em seguida das paralysias reflexas, tão brilhantemente estudadas por Brown-Sequard, apenas para nos referirmos ás paralysias que geralmente se apresentão no decurso de certas affecções dos rins, da bexiga, do utero etc., nesse mesmo capitulo trataremos das paralysias consecutivas ás molestias agudas e das paralysias dictas toxicas, paralysias estas que hoje são consideradas nas classes das paralysias dyscrasicas e schemicas. Entraremos então no estudo do diagnostico, recordando rapidamente a symptomatologia das paralysias periphericas, e, cotejando-a com a symptomatologia das paralysias de origem central, afim de que do resultado obtido, reunido ao estudo da anamnese fornecida geralmente pelo doente, possamos então chegar a um diagnostico mais ou menos exacto. Trataremos em seguida do prognostico e tratamento das paralysias periphericas.

Eis o programma do nosso trabalho.

O Autor.

DISSERTAÇÃO

CAPITULO I

Da definição e divisão das paralysias

Os antigos chamavão paralysia: toda a abolição mais ou menos completa do movimento. Se, na verdade, as paralysias são caracterisadas por perda completa ou diminuição notavel do movimento, entretanto não poderemos dizer que toda a perda completa ou a diminuição notavel do movimento seja uma paralysia, pois que vemos frequentemente ora um individuo com um membro ankilosado, ora um outro com um dos membros carbonisado etc. cujos movimentos tornão-se impossiveis, sem entretanto podermos considerar que este ou aquelle membro esteja paralytico.

E, pois, acompanhando as idéas do nosso illustre mestre o Exm. Sr. Conselheiro Dr. Torres Homem, definiremos paralysia:

Toda a alteração completa ou incompleta da innervação motora voluntaria.

A paralysia, conforme se limita á metade lateral do corpo ou á sua metade inferior ou sómente a um membro, ou a um membro superior de um lado e o membro inferior do lado

opposto, assim recebeu diversas denominações. E' assim que, quando a paralysia occupa metade lateral do corpo, toma o nome de hemeplegia.

Se occupa a metade inferior desse mesmo corpo, recebeu o nome de paraplegia; se é sómente um dos membros superiores que se acha affectado de paralysia, toma o nome de monoplegia; se é um membro inferior de um lado e um membro superior do lado opposto, então temos a paralysia dicta cruzada.

Quanto á divisão das paralysias, nós a basearemos sobre as causas que as determinão e sobre a origem dessas mesmas paralysias. E' assim que dividiremos primeiramente as paralysias em organicas, dyscrasicas, schemicas ou anemicas e funccionaes, conforme essas paralysias tenhão por causa ou alterações para o lado dos orgãos dos centros nervosos, ou alterações qualitativas ou quantitativas do sangue, como soe geralmente acontecer nas paralysias que se apresentão no decurso da intoxicação saturnina, do alcoolismo, das paralysias consecutivas ás molestias agudas etc., ou mesmo uma perturbação funccional sem lesão apreciavel. Conforme a origem da paralysia, assim tambem dividiremos em paralysias de origem cerebral, de origem mesocephalica, de origem medullar e de origem peripherica.

Estas ultimas são as que nos compete estudar.

Passaremos pois a tratar da definição e etiologia das paralysias periphericas, para em seguida occuparmo-nos das duas fórmas clinicas mais frequentemente observadas dessas paralysias, e do diagnostico, prognostico e tratamento das paralysias periphericas.

CAPITULO II

Da definição e etiologia das paralysias periphericas

Acompanhando Grasset, denominaremos paralysias periphericas: *todas as paralysias determinadas por alterações dos nervos desde o orificio de conjugação ou de sua origem apparente no cerebro até ao proprio musculo.*

Etiologia.—Innumeras têm sido as causas invocadas para explicar-se as paralysias de origem periphericas; porém aquellas que mais de perto nos chamão a attenção, aquellas que mais communmente se tem observado como dando logar a essas paralysias pela maior facilidade com que actuão sobre os nervos vem a ser a influencia dos traumatismos e a impressão do frio sobre esses mesmos nervos, pois que, na verdade, facil é de comprehender-se que o cerebro e a medulla achão-se muito menos expostos ás impressões exteriores dos que os nervos periphericos.

Tratemos pois, dessas duas causas tão importantes das paralysias periphericas para em seguida occuparmo-nos de outras causas tambem frequentemente observadas e que nos devem tambem merecer uma certa importancia. A influencia do traumatismo é manifesta ; ora é uma contusão mais ou menos violenta, que fere este ou aquelle nervo motor ou mixto, determinando uma paralysia mais ou menos extensa, ora é a secção de um nervo produzida quer por um traumatismo violento, quer mesmo durante uma operação cirurgica, como tivemos occasião de observar em um individuo que é hoje empregado em uma das confeitarias da Côrte e cuja observação nós passaremos a citar.

Antonio Fernandes Corrêa Junior, com 28 annos de idade, solteiro, tentando suicidar-se em Junho de 1882 disparara na região facial um tiro de revólver, recolheu-se á Santa Casa de Misericordia alguns dias depois, a 22 de Junho, afim de soffrer a operação da extracção da bala. Feita essa operação por um dos nossos cirurgiões, no dia seguinte, como refere o nosso doente, achou-se elle sorprendido por uma hemeplegia facial do lado em que havia soffrido a operação. Mais tarde obteve alta do serviço clinico em que se achava, pois estava completamente restabelecido da operação que tinha soffrido, sem entretanto apresentar melhora alguma de sua hemeplegia facial. Em 1883 recolheu-se ao Hospital da Veneravel Ordem Terceira de N. Senhora do Monte do Carmo afim de tratar-se da sua hemeplegia facial ; foi então recolhido á enfermaria de S. João a cargo do nosso mestre o Dr. Monteiro de Azevedo. Ahi medicado convenientemente por esse distincto facultativo com todos os meios até hoje conhecidos, nenhum resultado foi obtido ; e isso fez com que o nosso illustre mestre

acreditasse que tratava-se de uma hemeplegia facial devida á secção desse mesmo nervo, e que sómente a cirurgia poderia em taes casos dar algum resultado. Ouvido o nosso doente a respeito da operação que se pretendia praticar, pois era o ultimo recurso que a sciencia poderia dispôr, elle desesperado pelos incommodos que até então tinha passado e ancioso por vêr o seu rosto completamente restabelecido, sujeitou-se á operação. Foi ella então praticada pelo nosso mestre e distincto cirurgião do Hospital do Carmo o Illm. e Exm. Sr. Dr. Alfredo Guimarães e auxiliado pelo distincto clinico o Illm. Sr. Dr. Coelho Magalhães, adjunto do mesmo Hospital. Infelizmente, porém, debalde forão os esforços empregados por esses dous eminentes cirurgiões, pois que apenas puderão reconhecer que na verdade o nervo facial achava-se seccionado; mas as suas extremidades foi completamente impossivel encontral-as. Esse individuo pois estava com uma hemeplegia facial completamente incuravel, que não encontrou allivio nem na medicina nem na cirurgia.

A solução de continuidade dependente do progresso do trabalho de ulceração ou de outro processo destruidor qualquer que invada o nervo vizinho tal como succede na paralysia do setimo par, determinada pela carie do rochedo etc., traz muitas vezes como resultado paralysias mais ou menos extensas. Emfim, essa serie numerosa de traumatismos de qualquer maneira por que elles actuem pode dar logar muitas vezes a paralysias periphericas, que varião conforme a sua intensidade.

A compressão, mesmo muitas vezes sem produzir lesão apreciavel, póde determinar frequentemente paralysias mais ou menos completas. É assim que se explica a paralysia do nervo

radial nos individuos que adormecem sobre o braço, a paralysia do nervo facial pela compressão de um tumor da parotida, a paralysia dos recem-nascidos pela compressão dos ramos do forceps etc. Como actuaria essa compressão, determinando paralysias mais ou menos completas desse ou daquelle nervo motor ou mixto? Foi a Weir Mitchell que coube a gloria de responder essa interrogativa. Foi elle que em suas curiosas experiencias demonstrou que uma pressão de dezoito a vinte pollegadas de mercurio, actuando sobre um nervo durante quinze segundos, interrompia completamente a sua conducção (para as excitações voluntarias e electricas), e que quando interrompia-se essa compressão, a funcção do nervo reapparecia, pois que apenas a myelina se achava mais ou menos dividida no ponto comprimido, e o cylinder-axis permanecia intacto, sendo facil de comprehender-se que, se houvesse uma pressão mais forte ou mais prolongada, o cylinder-axis soffreria, poderia ser tambem dividido e dar em resultado uma paralysia mais tenaz. Tem-se ainda observado fracturas, luxações, etc., determinando paralysias mais ou menos completas desse ou daquelle nervo motor ou mixto.

Uma das causas tambem mui frequentes das paralysias periphericas é a influencia do frio sobre o systema nervoso peripherico : ora é impressão brusca e rapida de uma corrente de ar frio que fulmina este ou aquelle nervo motor ou mixto ; ora é a acção prolongada desse mesmo frio, que acarreta muitas vezes uma paralysia mais ou menos completa e persistente constituindo assim as chamadas paralysias *à frigore* ou rheumatismaes. Tal é geralmente a causa mais frequente da paralysia de Bell, e facil é de comprehender-se a razão, pois

que sendo o nervo facial um daquelles nervos que mais expostos se achão ás impressões exteriores, principalmente ao frio, claro é que será elle o escolhido de preferencia para occupar um dos primeiros logares nessa grande classe de paralysias chamadas *a frigore* e é naturalmente por essa mesma razão que os individuos que se entregão a certas profissões como padeiros, machinistas, cozinheiros etc., achão-se frequentemente accommettidos de paralysias e é na maioria dos casos o nervo facial aquelle que maior tributo paga a essas paralysias, pois que, nessas profissões, achando-se os individuos obrigados á influencia de uma temperatura mais ou menos elevada, o menor golpe de ar frio é muitas vezes por si só sufficiente para determinar-lhes uma paralysia, e sendo o nervo facial aquelle quemais de prompto se apresenta a essa causa tão poderosa das paralysias periphericas, é elle o de preferencia accommettido desse estado morbido.

Ainda os individuos que durante o somno recebem essa mesma influencia, vêm-se muitas vezes, ao despertar, sorprendidos por uma paralysia, e é ainda o nervo facial aquelle em que de preferencia se assesta a paralysia. Emfim, qualquer corrente de ar frio, de qualquer maneira que actue esse agente tão poderoso, póde muitas vezes determinar paralysias mais ou menos extensas, principalmente quando o organismo ou parte delle, achando-se em uma temperatura mais ou menos elevada, vê-se sorprendido bruscamente por essa causa tão importante das paralysias periphericas, tal como succede muitas vezes a individuos banhados de suor, que atirão-se em um banho frio ou áquelles que depois de tomarem uma bebida quente qualquer, como café, chá etc., expõem-se bruscamente a uma corrente de ar frio.

Como actuaria o frio determinando essas differentes paralysias? Brown-Sequard, apologista de sua theoria reflexa, explicava a acção do frio por uma impressão sensitiva reflexa que se transmittia aos centros e reapparecia sob a fórma de uma paralysia. Potain porém, respondeu mui judiciosamente a essa theoria, dizendo que toda a acção reflexa é passageira, em quanto que a paralysia persiste.

Rosenthal estudou experimentalmente a acção directa do frio sobre os nervos. Applicava em si proprio gelo durante dous á quatro minutos sobre os nervos do braço e do pé, em pontos facilmente accessiveis ao cubital, particularmente na gotteira olecraneana, e observou nestas condições o seguinte: para a sensibilidade, a principio exaltação dolorosa seguida de de entorpecimento; para a motilidade, a principio augmento da excitabilidade, que era seguida de diminuição da reacção dos musculos, que acabava por desapparecer quasi completamente; emfim observou ainda um abaixamento inicial de temperatura de 0°,5 a 1 gráo, seguido de elevação thermica que augmentava á proporção que a conductibilidade nervosa era mais profundamente perturbada.

Grasset affirma que o frio póde actuar dessa maneira.

Como causa bem frequente de paralysias periphericas encontramos ainda o alcoolismo, ora determinando paralysias fugazes, ligeiras, que são dissipadas facilmente pelos meios apropriados, ora paralysias mais ou menos tenazes, completas e persistentes. Ainda a intoxicação saturnina, certas affecções, taes como a diphteria, febres eruptivas, a syphilis, a febre typhoide, outras intoxicações e etc. têm sido invocadas como causas de paralysias periphericas que se apresentão geralmente no decurso dessas affecções. Trousseau cita uma observação

muito interéssante de uma hemeplegia facial determinada por um forte susto, e é assim que diz esse illustrado professor :

Achava-se um individuo em sua casa encostado a uma janella fumando cachimbo durante uma violenta tempestade. Eis, porém, que repentinamente uma faisca electrica veio cahir junto de si. Aterrorizado, recuou do seu logar ; porém, rindo-se do seu medo, voltou á sua primitiva posição ; notou, entretanto, que fumava com alguma difficuldade e que salivava tambem difficilmente ; a sua senhora observou que o rosto de seu marido achava-se deformado. Esse individuo, pois, achava-se accommettido de uma paralysia do nervo facial.

CAPITULO III

Da symptomatologia da paralysia do nervo facial

A paralysia do nervo facial, tambem chamada paralysia de Bell, paralysia mimica, paralysia do septimo par, póde apresentar-se bruscamente ou gradualmente conforme a causa que a determinou. E' geralmente a hemeplegia facial que mais frequentemente nós observamos.

Os musculos innervados pelo facial achão-se paralysados, donde desviações dos traços do rosto mais ou menos pronunciados conforme a intensidade da paralysia.

E' assim, que um individuo accommettido de uma hemeplegia facial, apresenta geralmente a asymetria da face, o lado cujos musculos innervados pelo facial achão-se paralysados, apresenta-se para diante, a occlusão completa do olho desse mesmo lado torna-se impossivel, em virtude da paralysia do orbicular das palpebras, donde communmente observamos injecção, inflammação da conjunctiva e da cornea que podem

mesmo ir até á ulceração, naturalmente produzida pela presença de corpos estranhos que ahi penetrão, pois que mesmo durante o somno, a occlusão completa do olho é impossivel, principalmente quando a paralysia é mais ou menos completa e persistente. A pelle da fronte torna-se completamente lisa do lado em que o nervo é affectado ou de ambos os lados se a paralysia for dupla (diplegia); para observarmos bem claramente esse estado da pelle, é bastante mandarmos o individuo que se acha accommettido da paralysia facial franzir a testa e veremos que as rugas que ordinariamente se apresentão, neste caso ellas não serão observadas, pois que a paralysia dos musculos frontal e surciliar assim não as permitte; o que levou Romberg a dizer com muito espirito: *Le front du vieillard devient lisse comme celui de l'enfant et pour les vieilles femmes il n' y a pas de meilleur cosmétique.*

Na paralysia de Bell, o musculo surcilliar não dá mais signal de soffrimento, o grande zygomatico não exprime mais a alegria, o triangular dos labios e o pequeno zygomatico não denuncião mais o chorar e a tristeza; o individuo não póde assobiar, tem grande difficuldade em salivar, em assoprar, etc. A bocca acha-se desviada para o lado isento da paralysia e a commissura desse mesmo lado é sublevada pelos musculos congeneres não paralysados.

A bocca sendo mal fechada deixa muitas vezes derramar-se a saliva, principalmente durante o somno; os alimentos mal contidos pelas arcadas dentarias do lado paralytico são muitas vezes expellidos involuntariamente. Em virtude da paralysia do musculo de Hornes, observa-se ainda frequentemente epiphora; as lagrimas não são convenientemente derramadas no globo occular e regularmente dirigidas para o ponto de sahida.

A pronunciação das labiaes torna-se difficil e em alguns casos mesmo impossivel. Póde-se ainda observar perturbações trophicas, principalmente quando a paralysia data já de algum tempo, quer para o lado dos musculos, quer para o lado da pelle, e é geralmente a atrophia muscular que se apresenta, sendo comtudo muito mais rara na paralysia do nervo facial do que na paralysia de outros nervos, como a do radial, etc., que se apresenta com muito maior antecedencia.

Ainda perturbações para o lado da gustação, taes como diminuição ou abolição nos dous terços anteriores da lingua, perversão mesmo do gosto, retardamento da percepção dessa sensação, etc., são outros tantos symptomas que poderemos observar no decurso de uma paralysia do nervo facial, porém, que são considerados como de muito menor valor.

Observações.—Luiz, brazileiro, 34 annos de idade, côr branca, padeiro, entrado para o hospital da Veneravel Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo, enfermaria de S. João, nos ultimos dias do mez de Setembro de 1885. Refere o nosso doente que estando a trabalhar recebera bruscamente uma corrente de ar frio e vio-se repentinamente sorprendido pela paralysia do nervo facial do lado esquerdo, isto é, por aquelle estado que tanto o encommodava, palavras referidas pelo doente. Examinado minuciosamente pelo nosso distincto mestre Dr. Monteiro de Azevedo em nossa presença, observamos que a bocca desse individuo achava-se desviada para o lado são, mandando-se franzir a testa, verificamos que do lado esquerdo a pelle da fronte permanecia completamente lisa, pedindo ao nosso doente para fechar os olhos, observamos que o olho do lado esquerdo não podia ser fechado completamente; refere ainda o nosso doente que durante a alimentação muitas vezes os alimentos sahião da bocca involuntariamente e que durante o somno a saliva tambem tendia a ser derramada fóra da bocca; pedindo-se ao nosso doente para assobiar, apezar dos esforços empregados não lhe foi possivel. O riso, a tristeza, o prazer, não podião ser denunciados pelo lado esquerdo desse individuo. Pelo estudo pois da anamnese do nosso doente, reunido ao estudo desses symptomas que acabamos de referir e com o emprego da electricidade localisada, o nosso illustre mestre diagnosticou uma hemeplegia facial á frigòre; mandando medical-o da seguinte maneira: correntes intermitentes na região facial tres dias na semana, e nos outros tres dias alternativamente, injecções hypodermicas de sulfato de strichinina. Com essa medicação convenientemente applicada, ao fim de vinte dias o

nosso doente retirou-se do hospital completamente restabelecido da sua hemeplegia facial *a frigore*. O nosso illustre mestre Conselheiro Dr. Torres Homem citou em aula uma observação que pela maneira porque sorprendeu o individuo, sem que elle a principio reconhecesse que se achava affectado de uma paralysia de Bell e para tornar mais uma vez bem patente, a influencia poderosa do frio como causa de paralysias periphericas, pedimos venia para transcrevel-a neste insignificante trabalho. Refere o nosso illustrado mestre que achando-se em uma soirée em companhia do Sr. Dr. Rossi, medico e pianista distincto, este depois de se ter feito ouvir um pouco ao piano, retirou-se para um gabinete proximo a fim de poder fumar o seu cigarro, voltando depois novamente á sala e assentando-se perto do nosso mestre Conselheiro Dr. Torres Homem, este observou que o seu amigo Dr. Rossi achava-se accommettido de uma hemeplegia facial sem que entretanto esse mesmo Dr. Rossi tivesse até então o menor conhecimento do seu estado. Medicado convenientemente pelo nosso illustrado professor, no fim de 27 dias achava-se o Sr. Dr. Rossi completamente restabelecido da sua hemeplegia facial *a frigore*.

CAPITULO IV

Da symptomatologia da paralysia do nervo radial

A Paralysia do nervo radial póde tambem apresentar-se bruscamente ou gradualmente, conforme a causa que a determinou. E' assim que quando a paralysia tem por causa, por exemplo, a compressão, ella apresenta-se gradualmente e alguns prodromos podem ser observados, taes como : formigamentos, entorpecimentos, etc. Sensações estas geralmente identicas á áquellas que commummente se observa, quando se diz que um braço ou uma perna se achão dormentes, taes são frequentemente os personagens que abrem a scena desse theatro morbido. A proporção que a paralysia caminha, ou mesmo quando ella sorprende bruscamente o nervo radial que se acha no seo estado physiologico, symptomas mais ou menos importantes apparecem, como que caracterisando a paralysia desse nervo. E' assim que a attitude caracteristica da mão, em angulo recto com o

ante-braço e a perda mais ou menos completa do movimento são os symptomas que mais dispertão o nossa attenção quando se trata de uma paralysia do nervo radial; attitude esta da mão que se acha necessariamente obrigada, em virtude da paralysia dos musculos extensores, pois que sendo innervados pelo radial e havendo paralysia desse, naturalmente aquelles serão tambem paralysados e por conseguinte os musculos extensores não exercendo mais a sua funcção normal a que são destinados, isto é, a extensão da mão, esta tende evidentemente a achar-se em angulo recto com o ante-braço quando este estiver collocado horizontalmente.

O individuo affectado de uma paralysia do nervo radial não póde nem erguer, nem mover lateralmente o punho quando o ante-braço e a mão repousão em um plano horizontal, pois que a paralysia dos musculos radiaes e do cubital posterior não consentirá taes movimentos. O braço estando na extensão e pronação, a supinação não póde ser obtida senão com a flexão, o que se explica pela paralysia do curto supinador e pela acção do biceps que imprime o movimento de supinação ao ante-braço, ao mesmo tempo que o dobra sobre o braço. O ante-braço achando-se na semi-flexão e na semi-pronação, se se obriga o doente á continuar com força o movimento de flexão e se se applica a mão no bordo externo da face anterior do cotovelo, não se sentirá contrahir o longo supinador.

A extensão das primeiras phalanges torna-se impossivel, em virtude da paralysia do extensor commum; os inter-osseos innervados pelo cubital não são compromettidos, os movimentos de lateralidade dos dedos são conservados e o doente os executa facilmente quando a mão se acha collocada em um plano horizontal; quando manda-se fechar a mão pelo proprio

doente, observa-se geralmente que os movimentos de flexão têm menos força do lado da paralysia do nervo radial. Os musculos flexores, não tendo mais antagonistas, estão em um estado continuo de encurtamento, o que diminue a força de suas contracções.

Eis os caracteres principaes que Duchene expõe como os de uma paralysia do nervo radial. A maior parte dos usos da mão se acha perdida em seguida de uma paralysia do nervo radial. Ainda um symptoma de muita importancia que se observa em todos os paralyticos e que se apresenta principalmente no fim de certo tempo, vem a ser a atrophia muscular.

E' esta pois, a symptomatologia mais ou menos completa que podemos dar da paralysia do nervo radial, afim de que tenhamos uma idéa precisa dessa fórma clinica frequentemente observada, assim como da paralysia do nervo facial a qual já estudamos no capitulo anterior. Passemos agora a estudar a paralysia saturnina que é o typo das paralysias discrasicas ou toxicas, para em seguida nos occuparmos das paralysias ischemicas ou anemicas no capitulo 6,° que tem por distico paralysias reflexas, afim de que tenhamos uma idéa geral de todas essas paralysias frequentemente observadas, e passaremos então depois, a estudar o diagnostico, o prognostico e o tratamento das paralysias periphericas.

CAPITULO V

Da Paralysia Saturnina

NO decurso da intoxicação saturnina bem raras vezes deixa de apresentar-se uma paralysia, paralysia esta, que póde accommetter grupos de musculos isolados ou toda a musculatura das extremidades superiores ou inferiores, sendo porém a sua séde preferivel, os musculos extensores do antebraço, muito raramente affectando os musculos do thorax, do dorso, da phonação etc. Quando porém, a paralysia saturnina se assesta nos musculos extensores do antebraço, o que frequentemente observamos é que o musculo longo supinador se acha perfeitamente intacto. A paralysia saturnina é geralmente precedida de uma serie de symptomas mais o menos caracteristicos que nos denuncião essa intoxicação, symptomas esses que nos devem merecer muita importancia, pois que nos serão de grande valor para o diagnostico dessas paralysias ; é assim que as colicas saturninas ou colicas dos pintores, o liseré

caracteristico da intoxicação saturnina etc., que se apresentão geralmente como antecedentes de um individuo accommettido de uma paralysia e esta, se assestando principalmente nos extensores do antebraço, não affectando o longo supinador etc., nos levão logo a crêr que se trata de uma paralysia saturnina.

Bem raras vezes a paralysia saturnina se generalisa, geralmente ella é circumscripta, e é assim que Tanquerel teve occasião de observar em 98 casos de paralysias saturninas apenas cinco vezes ella generalisar-se quando affectava os membros superiores, e em 15 casos de paralysias saturninas se assestando nos membros inferiores, uma unica vez Tanquerel observou ella generalisar-se.

Frequentemente symetrica, a paralysia saturnina póde entretanto algumas vezes apresentar-se sob a fórma monoplegica, assim como demonstrão as observações de Vulpian e Raymond. A contractilidade electrica desapparece muito rapidamente nos musculos affectados de paralysia saturnina e esses dous eminentes professores que acabamos de enunciar, Vulpian e Raymond, observárão que a perda da contractilidade electrica precedia á da contractilidade voluntaria. Essas paralysias pois, que se apresentão no decurso da intoxicação plumbica e que são geralmente chamadas paralysias saturninas, terão por origem uma lesão central ou uma lesão peripherica?

É essa uma questão que ainda hoje se acha em litigio e que infelizmente não poderemos dar uma resposta satisfactoria a essa interrogativa; principalmente quando vemos professores eminentes como Charcot, Vulpian, Raymond etc., emittirem opiniões completamente differentes. E' assim que de um lado Charcot e Gombault defendem e acreditão em sua theoria

peripherica, de outro lado Vulpian e Raymond sustentão tambem brilhantemente a sua theoria central. Ambas estas theorias são baseadas em observações clinicas, as quaes ora têm dado elementos favoraveis para acreditar-se na theoria de Charcot, ora pelo contrario as observações têm demonstrado alterações para o lado dos centros nervosos, como que chamando a nossa attenção para a origem central dessas paralysias.

E' assim que Gombault publicou recentemente uma observação de paralysia saturnina dos membros superiores e inferiores, que tinha sido victima uma florista, cuja necropsia veio nos demonstrar que alteração alguma se tinha passado para o lado dos centros nervosos e que os nervos dos musculos e seus vasos, esses sim, tinhão soffrido algumas alterações.

Em uma outra observação de saturnismo chronico, Kussmaul e Maier encontrárão justamente o inverso, isto é, alterações para o lado do cerebro e medulla, uma periarterite mais ou menos pronunciada, alteração do ganglio cervical posterior, etc., e alteração alguma para o lado do systema nervoso peripherico.

Raymond fez um exame minucioso e interessante da medulla de um saturnino e observou o seguinte: raizes anteriores intactas, assim como os nervos musculares, porém os cornos anteriores apresentavão em sua região externa um certo numero de cellulas atrophiadas, desprovidas de nucleos e prolongamentos pigmentados, etc. E, como estas, muitas outras observações de Lancereaux, Westphal etc., que ora fallão a favor da theoria de Charcot que considera essas paralysias de origem peripherica, ora parecem demonstrar a theoria central que tem como um dos seus principaes adeptos Vulpian.

Entretanto, parece-nos que a theoria de Charcot é a que hoje tende a se vulgarisar e que maior numero de adeptos

consagra, em virtude de numerosas observáções que attestão a origem peripherica dessas paralysias; contrariamente ao que nos parece estar succedendo sobre a questão tambem ainda não completamente elucidada da origem central ou peripherica das paralysias que se apr esentão no decurso da diphteria, que segundo os trabalhos recentes e completos de Deserine, baseados em cinco necropsias praticadas no hospital de Santo Eugenio, em que as mesmas alterações fôrão encontradas em todas ellas, parece-nos que estão sendo levadas a tomarem logar na grande classe das paralysias centraes.

CAPITULO VI

Das paralysias reflexas

Damos esse capitulo especial em nosso trabalho, mais para referirmo-nos ás paralysias que se tem observado frequentemente durante a marcha de certas affecções do tubo gastro-intestinal, dos rins, do utero, das vias urinarias, etc., do que mesmo para abraçal-o e acceital-o ; pois que a theoria das paralysias reflexas caminha hoje a passos largos para o esquecimento e nos parece mesmo, caso quizessemos acceital-a, não deveria ser no estudo das paralysias periphericas, pois que nas paralysias reflexas, embora a causa seja peripherica nos parece a origem ser central e por conseguinte deveria ser estudada na categoria das paralysias de origem central.

Entretanto, como no decurso das affecções já citadas, tem-se observado paralysias de origem peripherica e que fôrão outr'ora consideradas na grande classe das paralysias dictas reflexas, como mesmo provão as observações de Stanley, Rayer,

Brown-Sequard,Chomel,etc.; que em autopsias feitas em cadaveres de individuos que havião sido accommettidos de paralysias consecutivas á diversas dessas affecções, como adiante transcreveremos, não fôrão encontradas alterações algumas para o lado dos centros nervosos, não poderiamos pois, deixar de fallar nessas paralysias e lembrar rapidamente as theorias invocadas para explical-as. Stanley, Romberg e Graves acreditavão que essas paralysias erão determinadas pór uma suspensão da influencia sensitiva das fibres do grande sympathico. Remack, discutindo as paralysias dos membros inferiores considerava estas, como sendo a consequencia de nevrites sacro-lombares. Jaccoud emitte tambem a sua opinião quando falla á respeito das paralysias que se apresentão no decurso das lesões da bexiga e diz elle, que essas paralysias parecem ser produzidas por esgotamento do centro espinhal, sem entretanto offerecer alguma consideração em seu beneficio.

Brown-Sequard em seu livro sobre paralysias dos membros inferiores, discute brilhantemente a sua theoria das paralysias reflexas e considera essas paralysias em questão, como sendo determinadas por uma irritação transmittida pelas fibras sensitivas de um nervo á medulla espinhal, reapparecendo sob a fórma de uma paralysia. Romberg baseou a sua theoria nos resultados obtidos pelas experiencias de Comhaire, que vio sobrevir em cães depois da extirpação de um rim, uma paresia do membro inferior correspondente; porém Gull fez notar a importancia das lesões nervosas inseparaveis desse genero de experiencias e mostrou o facto seguinte de sua observação: Que essas paralysias se apresentavão quasi exclusivamente nos casos chronicos quando a innervação das mucosas já se achava embotada.

Resulta ainda das experiencias de Tiesler que cauterisou o nervo sciatico em diversos coelhos, que essa cauterisação determinava uma paraplegia e morte dos animaes no fim de alguns dias. Feita a necropsia, essa revelava um fóco inflammatorio no ponto cauterisado e outro na medulla correspondente ao logar de entrada das raizes de nervo sciatico. Brown-Sequard, apologista e defensor da sua theoria, isto é, das paralysias reflexas, diz em seu livro que os caracteres seguintes das paralysias reflexas mostrão bem patente, quanto essa especie de paralysias, é distincta dos casos de paralysias que reconhecem por causa uma lesão organica evidente dos centros nervosos, assim: 1°. Uma excitação provindo de qualquer nervo sensitivo, existe antes do apparecimento da paralysia reflexa; 2°. As variações da intensidade dessa excitação transmittida aos centros, são frequentemente seguidos de variações correspondentes ao grão da paralysia reflexa; 3°. Quando essa excitação peripherica desapparece, a paralysia reflexa desapparece tambem algumas vezes completamente e mesmo em um espaço de tempo muito limitado; 4°. Os diversos modos de tratamento das paralysias, não têm ordinariamente algum successo nos casos de paralysias reflexas, emquanto persistir a excitação; 5°. O exame necroscopico nos casos de paralysias reflexas tem demonstrado que essas paralysias não dependem de uma alteração organica apreciavel.

A favor desses caracteres invocados por Brown-Sequard, como distinctivos das paralysias de origem central, ha diversas observações que os demonstrão, principalmente o terceiro e o quinto, isto é, nos casos em que desapparecendo a excitação peripherica, desapparece tambem a paralysia e nos casos em que o exame necroscopico nada revella a

respeito de alterações para o lado dos centros nervosos ; entretanto, esses mesmos caracteres parecem servir hoje de fortes argumentos, para explicar-se a theoria hoje geralmente acceita da origem peripherica de algumas paralysias que se apresentão durante a marcha de certas affecções do tubo intestinal, dos rins, da bexiga etc., apezar de que, considera-se hoje uma classe de paralysias funccionaes, isto é, paralysias que podem ter origem central, sem entretanto haver lesões apreciaveis. A favor do 3° caracter distinctivo de Brown-Sequard, observações interessantes de Rosenthal, Romberg, Graves, etc., o demonstrão perfeitamente. E' assim, que Rosenthal cita a seguinte observação curiosa : Uma moça de 23 annos, tinha sido acommettida, depois de tres semanas de horriveis dôres e de caimbras abdominaes, de uma paralysia dos membros inferiores ; pelo exame dos orgãos sexuaesfoi encontrado um alfinete profundamente enterrado na vagina, que ella assim tinha feito á conselho de uma vizinha com o fim de fazer correr mais abundantemente as suas regras. Após a extracção desse corpo estranho, as dôres e a paralysia desapparecêrão rapidamente.

Ainda uma outra observação de Romberg vem demonstrar a veracidade do 3° caracter distinctivo de Brown-Sequard, assim Romberg observou uma paralysia determinada por um prolapso do utero que desappareceu rapidamente depois de collocal-o em sua posição normal. Graves cita um caso de uma paralysia devida á uma contracção spasmodica da urethra que cedeu mais ou menos rapidamente em seguida á dilatação desse canal, e como estas, muitas outras observações de Lisfranc, Nonat, Magendie, Brown-Sequard, etc.

Quanto ao exame necroscopico nada revellar para o lado dos centros nervosos, Brown-Sequard cita observações de

Stanley, Rayer, Stookes, Leroy d'Etiolles, Leudet de Rouen etc., que o demonstrão exuberantemente. E' assim que na primeira memoria importante sobre a paraplegia urinaria, Stanley cita as seguintes observações: Paraplegia complicada de retenção de ourina; autopsia: nenhuma alteração visivel do eixo cerebro-espinhal; um dos rins e a bexiga inflammados. Gonorrhea intensa, paraplegia completa; autopsia: alteração alguma da medulla espinhal, inflammação dos rins e da bexiga. Hunt na memoria de Stanley cita dous casos de nephrite seguida de paraplegia. Autopsia: nenhuma alteração da medulla espinhal em um dos casos, no outro congestão da cadeia espinhal. Leroy d'Etiolles cita as observações seguintes: Nephrite e paralysia; autopsia: alteração alguma para o lado do eixo cerebro-espinhal e suas membranas; rins e bexiga inflammados. O celebre cirurgião Sanson foi acommettido de um engorgitamento da prostata, calculos na bexiga e retenção das urinas seguidas de paraplegia; a autopsia praticada por Cruveillier, Rayer e Chomel nada revelou para o lado da medulla espinhal. Cystite, nephrite e paraplegia; autopsia praticada por Leudet de Rouen e Raoul Leroy d'Etiolles: alteração alguma da medulla espinhal foi encontrada. E, como estas, muitas outras observações provão não se ter encontrado alteração alguma para o lado dos centros nervosos. Entretanto, observações recentes de Fournier, Mannkopf, Feinberg, Kaussmaul, etc., parecem querer demonstrar alterações apreciaveis nos centros nervosos em alguns casos de paralysias consecutivas á affecções genito-urinarias, affecções dos rins, etc. E' assim que Fournier, Mannkopf e Feinberg em casos de paralysias consecutivas a affecções genito-urinarias observarão tumores intervertebraes e intermeningianos.

Em um caso de Gull, paraplegia consecutiva á cystite e á nephrite encontrou-se meningite espinhal, amollecimento, atrophia e degenerescencia graxa de uma parte dos cordões anteriores. Em um outro caso de Kaussmaul, paraplegia consecutiva á inflammação chronica das vias urinarias, observou-se degenerescencia graxa dos tubos nervosos dos dous nervos sciaticos, degeneração atheromatosa das arterias da bacia. Em tres observações citadas por Leyden, paraplegias consecutivas á lesões visceraes, a autopsia revelou em dous casos amollecimento diffuso da medulla. Entretanto, acompanhando Rosenthal, diremos que deve-se sempre ter em vista uma circumstancia importante, é que uma affecção vesical constitue muitas vezes, mesmo durante annos, o unico symptoma de um affecção espinhal em que os symptomas da lesão primordial tardão em apresentar-se e que por conseguinte é bem provavel que se tenha considerado, como paralysias reflexas, muitos casos em que a paralysia seja apenas a sombra do corpo latente, a myelite.

Ainda para combater a theoria das paralysias reflexas de Brown-Sequard surgirão diversas objecções importantes assim: 1ª, nos casos de affecções uterinas, este orgão determinava a paralysia por compressão, isto é, comprimindo os nervos obturadores ou o plexus sacro; 2ª, nos casos de affecções da prostata, da urethra, da bexiga, a urina não sendo livremente expellida, se alterava e seus principios alterados erão absorvidos e determinavão então a paralysia; 3º, nos casos de affecções renaes a paralysia era determinada pela intoxicação uremica ou urenemica; 4,º nos casos de diphteria, affecções intestinaes, pulmonares etc., a paralysia era determinada por alterações do sangue, produzidas por perturbações da digestão da respiração, etc.

Se é verdade, como muito bem diz Brown-Sequard, que em alguns casos, a paralysia poderá ser explicada por um desses modos, tambem não é menos verdade que em alguns casos não se observará compressão de nervos, não haverá retenção de urinas que pudesse dar logar a alteração della e mesmo na intoxicação uremica encontrar-se-hia outros symptomas que a denunciarião e por conseguinte essas paralysias não podem ser explicadas sómente por essas perturbações. Entretanto, nos parece que na grande maioria dos casos essas paralysias são determinadas, ora por uma compressão desse ou daquelle nervo, ora por uma alteração qualitativa ou quantitativa do sangue, devendo portanto serem classificados nas classes das paralysias discrasicas e ischemicas ou anemicas; ora ainda por propagação da inflammação de um dos orgãos á este ou aquelle nervo dando logar a uma nevrite e consecutivamente uma paralysia.

Quanto ao frio e a humidade, diz Brown-Sequard, que se admitte geralmente serem os agentes productores do rheumatismo e este de paralysias, muitas vezes tambem um individuo é acommettido subitamente de uma paralysia, sem que nunca tivesse o menor symptoma de rheumatismo, e pois não deveriamos classificar essas paralysias como rheumatismaes. Sem negarmos completamente a influencia do rheumatismo nas paralysias, acreditamos entretanto, que o frio e a humidade determinão mais das vezes paralysias sem necessitar o auxilio do rheumatismo e por conseguinte a denominação de paralysias rheumatismaes dada ás paralysias a *frigore*, por grande numero de autores foi uma denominação essa impropriamente estabelecida. Apezar de acreditarmos com Brown-Sequard que as paralysias *a frigore*

são muitas vezes completamente independentes do rheumatismo, entretanto, não o acompanharemos em sua theoria reflexa para explicar essas paralysias, pois que parece-nos que essas paralysias devem tomar logar na classe das paralysias ditas funccionaes e nunca na classe das paralysias reflexas.

Brown-Sequard explica a sua theoria reflexa por dous modos, a saber: contracção reflexa dos vasos sanguineos e influencia morbida reflexa sobre a nutrição. Sem abandonarmos completamente essa theoria, pois que em alguns casos poderá ella ser invocada para explicar uma ou outra paralysia, acompanharemos a theoria hoje corrente na sciencia, isto é, que essas paralysias que se apresentão no decurso de affecções dos rins, da bexiga, do utero etc., podem ser explicadas ou por compressão de nervos, ou por alterações da qualidade ou quantidade do sangue ou por nevrites ou mesmo serem essas affecções a sombra de um corpo latente, a myelite ou outra qualquer alteração da medulla espinhal.

Nesse mesmo capitulo digamos algumas palavras á respeito das paralysias consecutivas ás molestias agudas, taes como a febre typhoide, as febres eruptivas, o cholera, as febres palustres etc.

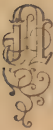
As paralysias que se apresentão em seguida á essas affecções, são geralmente pouco frequentes sendo comtudo na febre typhoide e na variola onde mais communmente as observamos. Essas paralysias pois, que se apresentão consecutivamente certas molestias agudas terão por origem uma lesão dos centros nervosos ou serão verdadeiras paralysias periphericas?

Observações de Nathnagel, Grasset, Scheneider etc.,

parecem querer demonstrar, nos casos de paralysias consecutivas á febre typhoide, a origem central dessas paralysias, entretanto, de outro lado Bernhard, Cosmack e outros observárão verdadeiras paralysias periphericas, factos estes que fazem suppôr, ora uma origem central, ora uma origem peripherica dessas paralysias.

Consecutivamente ás febres eruptivas, o mesmo succede, é assim que observações anatomicas como as de Westphal, tendem a demonstrar alterações dos centros nervosos; entretanto, Joffroy descreve com muito cuidado alguns casos de paralysias consecutivas a variola em que os centros nervosos achavão-se completamente intactos e os nervos periphericos achavão-se alterados.

E' essa uma questão que ainda hoje não se acha completamente elucidada e que trabalhos futuros talvez possão vir demonstrar mais ou menos positivamente a origem central ou peripherica dessas paralysias. Alguns acreditão que essas paralysias consecutivas á essas affecções achão-se ligadas directamente ao estado de debilidade, de fraqueza da economia e por conseguinte deverião merecer o epitheto de paralysias asthenicas; pois que era geralmente durante a convalescencia que essas paralysias se apresentavão.

Outros invocão como causa dessas paralysias a presença de agentes morbigenos (miasmas, virus etc.,) alterações do sangue, elevação da temperatura, etc., que podendo determinar alterações para outros orgãos, podião tambem ferir o systema nervoso. Outros ainda considerão congestões dos centros nervosos, como determinando essas paralysias.

Nos parece entretanto, que essas paralysias que se apresentão consecutivamente ás molestias agudas podem ter ora

uma origem central, ora uma origem peripherica, pois que as theorias das paralysias discracicas e ischemicas ou anemicas podem perfeitamente explicar essas paralysias. E' assim, que ora é uma alteração qualitativa do sangue que podendo ir affectar o systema nervoso central não deixa tambem de ir perturbar o systema nervoso peripherico, ora uma alteração quantitativa do sangue que póde ir acommetter um ou outro desses systemas; por conseguinte conforme a alteração do sangue se assestar nesse ou naquelle systema, assim a paralysia será de origem central ou peripherica.

Passemos agora ao estudo do diagnostico e tratamento das paralysias periphericas.

CAPITULO VII

Do diagnostico das paralysias periphericas

NÃO apresenta geralmente grande difficuldade o diagnostico de uma paralysia desse ou daquelle nervo, porém, infelizmente o mesmo não succede quando queremos fazer o diagnostico differencial entre uma paralysia de origem peripherica e uma paralysia de origem central ; pois que as difficuldades ahi tornão-se muitas vezes extremas e é sómente com o estudo minucioso da anamnese fornecida pelo nosso doente, isto é, com o estudo da etiologia e symptomatologia da paralysia que se nos apresenta, cotejando-se com a symptomatologia das paralysias de origem central e com o estudo mais ou menos serio da electricidade localisada, que poderemos ir passo á passo, expellindo das paralysias de origem central aquella que deve ser collocada na grande classe das paralysias periphericas.

Esses dados que acabamos de citar são de tão alta importancia que muitas vezes simplesmente pela causa que determinou a paralysia, já prevenimos o nosso espirito em inclinarmos que se trata de uma paralysia de origem peripherica, pois que o frio, o traumatismo, o alcoolismo etc., como já tivemos occasião de fallar quando estudamos a etiologia dessas paralysias, são as causas mais frequentemente observadas como dando logar ás paralysias periphericas.

Além disso, o modo e a fórma da paralysia são de uma importancia manifesta para o estudo do diagnostico differencial entre as paralysias cerebraes, medullares e periphericas.

E' assim, que quando uma paralysia tem por origem uma lesão cerebral, ella se apresenta geralmente sob a fórma de uma hemeplegia e na grande maioria dos casos sempre do lado opposto á lesão cerebral; e pois a hemeplegia é a fórma caracteristica da paralysia de origem cerebral. Quando, porém, a paralysia tem por origem uma lesão medullar, é a fórma paraplegica quem predomina. Quando, emfim, a paralysia é de origem peripherica, é a monoplegia quem se apresenta, isto é, a paralysia tem por limite o dominio dos diversos musculos innervados pelo nervo affectado. É pois este, um symptoma quasi patognomonico das paralysias de origem peripherica, pois que é muito raro, encontrar-se lesões cerebraes ou medullares, dando logar á paralysias que fulminem isoladamente este ou aquelle musculo, este ou aquelle grupo de musculos.

Entretanto, não poderemos considerar a monoplegia como symptoma patognomonico, caracteristico, das paralysias periphericas, pois que têm-se observado, embora raramente, paralysias de origem cerebral ou medullar apresentando-se sob a fórma monoplegica, como mesmo provão as observações de

Grasset e Landouzy que tiverão occasião de verificar paralysias de origem cerebral, fulminando isoladamente um ramo do motor occular commum ; assim como a atrophia muscular progressiva e a paralysia atrophica da infancia podem ferir isoladamente tal musculo ou tal grupo muscular, porém neste ultimo caso, a distribuição da paralysia é muito irregular e mesmo nos casos em que uma lesão cerebral der logar a uma paralysia no dominio do nervo cerebral, á proporção que a lesão caminha, os outros nervos vão tambem sendo tomados pela paralysia.

Emfim, quanto ao modo de extensão de uma paralysia, para provar-se a importancia que devemos dar em relação ao diagnostico differencial de um paralysia peripherica, devida a carie das vertebras e uma paralysia de origem medullar, citaremos a seguinte observação de Niemeyer tomada na clinica de Greifswald : Tratava-se de um doente que havia sido acommettido de carie das vertebras e que existia uma paralysia e anesthesia quasi completas das extremidades superiores, emquanto que nas extremidades inferiores a motilidade e a sensibilidade estavão completamente intactas. Este modo de extensão da paralysia, diz Niemeyer, era uma prova positiva que a carie vertebral havia destruido tão sómente os troncos nervosos do plexus-brachial e não a medulla espinhal. Quanto á sensibilidade, ainda no modo e na fórma de distribuir-se a anesthesia, encontramos elementos que fallão a favor quer da origem cerebral, quer da origem medullar, quer da origem peripherica das paralysias.

E' assim que quando a anesthesia se apresenta nas paralysias de origem cerebral é geralmente uma heniasnesthesia, assestando-se do mesmo lado que a paralysia hemiplegica.

Quanto á anesthesia, nas paralysias de origem medullar póde deixar de existir ou mesmo quando ella se apresenta é geralmente bilateral ou em alguns casos do lado opposto á paralysia. O que porém distingue a anesthesia de origem cerebral e medullar da anasthesia de origem peripherica, vem a ser o limite exacto da anesthesia no dominio do nervo affectado. Ainda, quando no decurso de uma paralysia observarmos ausencia completa de perturbações da actividade cerebral, geralmente annuncia uma paralysia de origem peripherica, entretanto não nos devemos esquecer que muitas vezes phenomenos cerebraes graves coincidem com uma paralysia de origem peripherica ; como nos fornecem numerosos exemplos, os tumores da base do cerebro.

Erb falla ainda de um facto, que deve merecer alguma importancia, que vem a ser o da demora da percepção das sensações, que dá geralmente idéa de affecções espinhaes, como a ataxia locomotora progressiva, etc. Ainda, o estudo dos diversos movimentos: reflexos, associados e automaticos, nos fornece dados bem poderosos para o esclarecimento do diagnostico differencial entre as paralysias periphericas e centraes. E' assim que se examinarmos os reflexos de um individuo acommettido de uma paralysia e os encontrarmos conservados ficaremos prevenidos em acreditar que se trata de uma paralysia de origem cerebral, entretanto, muitas vezes em casos de paralysia de origem medullar, encontramos os reflexos conservados apezar de que a exaltação desses mesmos reflexos é que predomina nessa classe de paralysias.

Quando, porém, pelo nosso exame verificarmos que ha ausencia ou diminuição notavel dos reflexos, será esse symptoma mais um elemento favoravel ás paralysias periphericas

que reunido aos outros já citados, nos levão muito a crer que se trata de uma paralysia de origem peripherica.

Quanto aos movimentos automaticos, são geralmente tambem supprimidos no dominio do nervo affectado, quando se trata de uma paralysia peripherica. Quanto aos movimentos associados, Hytgiz diz, que elles persistem quando a lesão apresenta-se acima do ponto de associação e de coordenação dos movimentos voluntarios. Ainda o emprego da pilocarpina tem sido invocado para nos guiar em auxilio do diagnostico differencial das paralysias centraes e periphericas.

E' assim, que Straus recommendou o seu emprego no diagnostico differencial das hemeplegias faciaes. Diz esse distincto professor que, se fizermos uma injecção hypodermica de um centigramma ou um e meio centigramma de pilocarpina ao nivel do sternum, o seu effeito, isto é, a sudação apparecerá em ambos os lados da face se a paralysia fôr de origem cerebral, e se a paralysia fôr de origem peripherica, a sudação apresentar-se-ha do lado paralytico com um retardamento de um a dous minutos.

E' este, pois, mais um meio que devemos ter conhecimento, mas que nos parece não merecer grande confiança nem igual importancia. Ainda perturbações vaso-motoras e trophicas, taes como erupções vesiculosas, acompanhando o trajecto do nervo affectado (zona traumatica de Charcot) erupções pemphygoides, atrophia muscular, atrophia das glandulas sudoriparas, etc., têm sido observadas no decurso das paralysias periphericas; porém que não nos merecem valor diagnostico algum, pois que podem tambem ser abservadas nas paralysias de origem central.

Poderemos agora, com esses symptomas mais ou menos

caracteristicos das paralysias periphericas, estabelecer um diagnostico preciso da origem central ou peripherica de uma paralysia?

Acreditamos que apezar do valor que elles têm merecido e que não ousamos negar, comtudo devemos chamar ainda em nosso auxilio para bem confirmar o nosso juizo, esse meio tão heroico que tão brilhantemente veio esclarecer o diagnostico differencial dessas paralysias; referimo-nos ao emprego da electricidade localisada, tão minuciosamente estudado pelo professor Erb.

E' o emprego da electricidade localisada que vem nos fornecer elementos preciosissimos; é ella que reunida ao estudo que acabamos de fazer, nos vem dar a certeza do diagnostico de uma paralysia de origem peripherica. E' assim que, se pelo exame do nosso doente verificarmos a symptomatologia supra mencionada das paralysias periphericas, se ao recordarmos a etiologia, vericarmos uma das causas frequentes dessas paralysias, e se pela applicação de uma corrente de inducção sobre o nervo doente, encontrarmos diminuição notavel ou mesmo ausensia completa da contractilidade muscular; poderemos então affirmar que se trata de uma paralysia peripherica.

Em alguns casos, mesmo independente da etiologia ou symptomatologia, apenas com o resultado obtido pela applicação da electricidade, poderemos nos inclinar muitas vezes em acreditar que se trata de uma paralysia peripherica; entretanto, não poderemos considerar este symptoma como patognomonico, caracteristico, das paralysias periphericas, pois que têm se observado, embora mui raras vezes, diminuição ou ausencia da contractilidade muscular no decurso de uma paralysias de

origem cerebral; porém quando ahi se observa, geral mente apparece muito tardiamente. Ainda em certas paralysia de origem medullar com atrophia muscular, tal como a paralysia atrophica da infancia, tem sido tambem observado diminuição da contractilidade muscular; porém, a sua frequencia e sua importancia pertencem especialmente ás paralysias de origem peripherica. Ainda um symptoma importante das paralysias periphericas, é a reacção degenerativa ou de degenerescencia assignalada por Erb, isto é, os musculos completamente inexcitaveis pelas correntes faradicas, reagem pelo contrario com grande facilidade as correntes galvanicas. E' esse, pois, mais um symptoma importante que devemos ter em grande consideração para o diagnostico differencial das diversas paralysias, e tão importante que Onimus, no boletim de therapeutica deste anno, vem chamando muito a nossa attenção para o valor diagnostico desse symptoma, que denominou reacção idio-muscular e que segundo elle é quasi caracteristico das paralysias periphericas.

Quanto á diminuição ou ausencia da contractilidade electrica nas paralysias periphericas, observações de M. Onimus, Duchenne, etc., mostrão bem patente o valor dignostico que se deve dar á esse tão precioso symptoma.

M. Onimus cita uma observação muito interessante, a qual passaremos a descrever, afim de bem calar em nosso espirito, o valor que devemos dar á diminuição ou abolição da contractilidade electro-muscular no diagnostico das paralysias periphericas. Tratava-se de um ferreiro que durante o seu trabalho experimentara repentinamente no lado esquerdo da face, uma sensação de caimbra que desappareceu pouco depois, deixando os musculos desse lado completamente

paralysados. Esse individuo não tinha sido acommettido de atordoamento, nem vertigem, nem perda dos seus conhecimentos. Onimus o observou dous dias depois, e a excepção da hemeplegia facial, não accusava indisposição alguma, nem algum phenomeno particular.

Acreditamos, diz Onimus, em uma hemeplegia facial á *frigore*. Recorrendo ao emprego da electricidade, Onimus observou, que a contractilidade electrica conservava-se normal em ambos os lados da face. Alguns dias depois, nova applicação da electricidade foi feita e o mesmo resultado foi obtido. Começamos a duvidar do nosso diagnostico, diz Onimus, tanto mais que percebiamos uma ligeira perturbação funccional nos movimentos oculares; porém, como o doente continuava a affirmar que não tinha experimentado phenomeno algum, assim continuamos á pensar em uma paralysia á *frigòre*. Dez dias depois, foi de novo consultado á electricidade, e ainda alguma modificação na contractilidade electrica foi observada.

Este unico facto, diz Onimus, fez-me admittir a idéa de uma lesão central. O nosso doente começou então accusar ligeira perturbação da vista; e o exame feito pelo Dr. Camuzet demonstrou signaes de uma paralysia dos musculos do olho. Quando, pois, diz Desplats em sua these sobre paralysias periphericas, donde extrahimos essa curiosa observação de Onimus, no fim da primeira semana provar-se que a contractilidade electro-muscular é abolida, poder-se-ha affirmar que não se trata de uma paralysia de origem central.

Essa outra observação de Duchenne vem ainda uma vez demonstrar de quão grande valor é o emprego da electricidade, no estudo do diagnostico differencial das paralysias periphericas e centraes.

E' assim que em seu magnifico tratado sobre electricidade localisada, Duchenne cita a seguinte observação: *Hemeplegia consecutiva á uma hemorrhagia cerebral, datando de dous annos e meio, limitada ao membro superior esquerdo. Erro de diagnostico causado pela anamnese falsa do doente e reparado pela exploração electro-muscular*: Sob o n. 30 da sala de Saint-Michel (serviço de M. Royer) observei, diz Duchenne, em 1849, um doente que exercia a profissão de pintor, e que tinha sido acommettido de uma paralysia do membro superior esquerdo. A paralysia, referia o nosso doente, datava apenas de algumas semanas, e havia sido precedida de horriveis colicas. Como, porém, esse individuo arrastava um pouco a perna esquerda, perguntei-lhe se tinha sido todo aquelle lado paralysado, o que respondeu-me negativamente. Essa paralysia do braço sobrevindo em um pintor, depois de colicas saturninas, pareceu-me, diz Duchenne, pertencer á classe das paralysias saturninas. Consultando o estado dos musculos, observei que elles havião conservado a integridade de sua contractilidade e sensibilidade electricas.

A physionomia do nosso doente recordava-me a de um individuo que eu tinha faradisado á 2 annos em um serviço visinho, por hemeplegia cerebral. Perguntei-lhe se já tinha estado na Caridade e elle respondeu-me ser aquella a primeira vez que necessitava os soccorros dessa instituição.

Emfim, essa paralysia que no dizer do doente tinha sobrevindo lentamente, depois de colicas de chumbo, sem ter sido precedida de paralysia total daquelle lado, não devia deixar em nosso espirito alguma duvida sobre a sua natureza, era pois uma paralysia francamente saturnina, na qual a contractilidade electro-muscular permanencia intacta. Esse facto

contradictorio com os que tinha observado até então, singularmente embaraçou-me.

Algumas semanas mais tarde, tendo achado entre as minhas observações a de um paralytico que eu havia faradisado em 1847,no serviço clinico de M. Cruveillier, descobri que esse nosso doente da sala de Saint Michel tinha conseguido enganar-me. Reconheci então no registro que Guillemain é o nome do nosso doente, de 37 annos de idade, natural de Limoux, morador á rua Cocatrix n. 16, que tinha entrado á 9 de Dezembro para a sala de S. Fernando, acommettido de uma hemeplegia cerebral, e que havia sahido á 7 de Fevereiro de 1848. E, pois, este mesmo individuo era o de novo entrado á 21 de Setembro de 1849 para a sala de Saint Michel. Interroguei de novo esse mesmo doente sem dar demonstração que era conhecedor da verdade e elle persistio no seu systema de faltar a verdade.

Ajuntarei que para explicar essa singular conducta do nosso doente, elle em 1847 tinha sido expulso do hospital por insobordinação e que sem duvida temia ser reconhecido.

Eis, pois ahi, duas observações importantes que attestão bem claramente o valor que nos deve merecer o estudo da electricidade localisada no diagnostico differencial entre as paralysias de origem central e peripherica. Não devemos passar em silencio, como muito bem diz o professor Grasset em seu tratado sobre molestias do systema nervoso, o modo de emprego, o logar de applicação da electricidade, que são elementos considerados como de uma importancia capital para o feliz successo da electrotherapia.

Podemos applicar quer a corrente continua, quer a corrente

induzida, sendo tambem essa applicação feita, quer sobre o musculo, quer sobre o proprio nervo lesado.

Quanto ao ponto de elecção, e os resultados obtidos pela applicação da electricidade, pedimos venia para transcrever o quadro seguinte da these de Estorc, sobre o electro-diagnostico, e que o illustre professor Grasset cita em seu tratado sobre molestias do systema nervoso :

REGIÕES	NERVOS	PONTOS DE ELECÇÃO	ACÇÃO
CERVICO FACIÁL	Facial — Tronco	Abaixo do conducto auditivo externo ou melhor no interior do conducto, o electrodo applicado na união das paredes anterior e inferior.	Desviação geral da face do lado excitado; occlusão das palpebras.
	Facial — Ramos — Superior	Meio da fonte.	Rugas da fronte.
	Facial — Ramos — Médio	Na extremidade anterior e contra o bordo inferior do osso malar.	Elevação do labio superior e aza do nariz.
	Facial — Ramos — Inferior	No meio do bordo inferior da parte horizontal do maxillar inferior.	Abaixamento da comissura labial.
	Grande hypoglosso	Para atraz e acima do grande corno do osso hyoide.	Contracção da metade correspondente da lingua.
	Spinal	Centro da metade superior do esterno-mastoideo.	Elevação da espadoa, rotação da cabeça do lado opposto e inclinação do lado correspondente.
	Phrenico	Cavidade sub-clavicular ao nivel da inserção inferior do externo mastoideo, contra o bordo posterior desse musculo.	Inspiração. Saliencia do epigastrico.
MEMBRO SUPERIOR	Plexus-Brachial	Cavidade sub-clavicular de 2 a 3 centimetros acima da clavicula, um pouco para fóra do bordo posterior do esterno-mastoideo para adiante da apophyse transversa da 6ª vertebra cervical. (Parte supra-clavicular de Erb. Remack e Hœdemacker).	Contracção simultanea dos musculos deltoide, biceps, brachial interno, longo supinador, e tambem muitas vezes sub-espinhal e sub-scapular.
	Radial	1.º No meio de uma linha tirada de impressão deltoidiana ao epicondylo. 2.º Ao longo do bordo interior do longo supinador.	Contracção dos musculos que elle encerra. Supinação do ante-braço, extensão do punho e das primeiras phalanges, abducção do pollegar.
	Cubital	1.º No braço, ao longo do bordo interno do biceps; 2º, no cotovelo, na gotteira limitada pelo bordo interno da olecrana para fóra e a epitroclea para dentro; 3º, no punho, entre a arteria cubital para fóra e o tendão do cubital anterior para dentro.	Contracção do musculo que elle encerra; flexão cubital e abducção da mão; flexão dos tres ultimos dedos; abducção do pollegar; em seguida disposição conica caracteristica da mão.
	Mediano	1.º No braço, bordo interno do biceps particularmente no terço superior, para dentro da arteria humeral; 2º, dobra do cotovelo entre a arteria humeral para fóra e a espansão aponevrotica do biceps para dentro, contra o bordo exterior do redondo pronador; 3º, no punho, para dentro do grande palmar entre este musculo e o feixe exterior do flexor superficial.	Contracção dos musculos que elle encerra, forte pronação do ante-braço; flexão radial da mão; flexão dos dedos com opposição do pollegar.
	Musculo-cutaneo	Na parte superior do seu trajecto entre o coraco brachial e o biceps.	Contracção do coraco brachial, do biceps do brachial anterior; flexão do ante-braço.
MEMBRO INFERIOR	Crural	Dobra da virilha, ao lado e um pouco para fóra dos vasos femuraes.	Extensão da perna.
	Sciatico — Tronco	1.º Parte média do bordo inferior do grande gluteo; 2º, parte superior da cavidade poplitea entre o semi-membranoso e o biceps crural.	Contracção dos musculos da perna e do pé. Contracção dos gastrocnemeos, flexão da perna.
	Sciatico — Ramos — Sciatico popliteo externo e tibial anterior	Contra a face posterior do condylo externo do femur e da cabeça do peroneo.	Abaixamento da ponta e do dorso interno do pé.
		Bordo externo do tendão do tibial anterior.	Flexão do pé, extensão dos artelhos.
	Sciatico — Ramos — Sciatico popliteo interno e tibial posterior	Cavidade poplitea para fóra dos vasos, entre os musculos gemeos contra o bordo interno do tendão de Achilles.	Contracção de todos os musculos da região posterior da perna e da ponta do pé.

CAPITULO VIII

Do prognostico das paralysias periphericas

E' geralmente favoravel o prognostico das paralysias periphericas; porém que muitas vezes se acha dependente da causa que a determinou.

E' assim que se a paralysia tiver por causa a acção do frio e não datar de um espaço de tempo mais ou menos prolongado, o emprego dos meios apropriados, que fallaremos quando estudarmos no capitulo que se segue o tratamento dessas paralysias, é geralmente seguido dos resultados mais satisfactorios. Se fôr a compressão quem determinou a paralysia o mesmo succeder-se-ha, a extracção do corpo extranho ou de um tumor qualqner que esteja comprimindo o nervo, tal como soe acontecer na paralysia facial determinada pela compressão de um tumor do parotida etc., os meios therapeuticos

communmente empregados serão muitas vezes seguidos dos melhores resultados.

Se, por exemplo, a paralysia for de natureza alcoolica, procurando-se combater a causa, muitas vezes cessará o effeito, principalmente quando se tratar de uma paralysia mais ou menos ligeira, fugaz, tal como tivemos occasião de observar no Hospital da Veneravel Ordem Terceira do Monte do Carmo, na enfermaria de molestias de systema nervoso, a cargo do nosso illustrado mestre o Exm. Sr. Dr. Monteiro de Azevedo, um doente acommettido de uma paralysia alcoolica ligeira dos membros inferiores que procurando--se combater o alcoolismo pelos meios therapeuticos apropriados, a paralysia rapidamente desappareceu. Quando, porém, a causa determinante da paralysia fôr um traumatismo mais ou menos violento e que tiver dado logar á uma secção ou uma distenção de uma parte do nervo, quando emfim, observarmos degeneressencia irremediavel do nervo, quando a atrophia fôr mais ou menos pronunciada e mesmo quando a paralysia datar já de algum tempo, etc., o nosso prognostico tornar-se-ha mais ou menos desfavoravel, podendo-se mesmo ter em vista que se trata de uma paralysia incuravel. Emfim, Duchene formulá duas proposições em relação ao meio da contractilidade electrica que são as seguintes:

1.ª A gravidade de uma paralysia consecutiva á uma lesão de um nervo motor ou mixto, está na razão directa do enfraquecimento da contractilidade e sensibilidade electricas dos musculos inervados por elle.

2.ª O prognostico é em geral muito menos grave quando a contractilidade electro-muscular estando extincta, a sensibilidade dos musculos é conservada ou diminuida.

CAPITULO IX

Do tratamento das paralysias periphericas

QUAL o tratamento que devemos seguir no decurso de uma paralysia de origem peripherica? Acompanhando Desplats, dividiremos o tratamento dessas paralysias em duas classes, a saber: o tratamento geral e o tratamento local; sendo todavia este ultimo aquelle que nos merece maior confiança e que nos deve despertar a maior attenção. E' assim que quando tivermos diante de nós um individuo acommettido de uma paralysia peripherica e que esta se apresente de um modo brando, ligeiro, isto é, que haja apenas alguma diminuição nos movimentos, que a atrophia muscular ainda não tenha apparecido etc., e se pela anamnese fornecida pelo nosso doente verificarmos que se trata ou de uma paralysia alcoolica ligeira, ou mesmo de uma paralysia saturnina em seu berço, ou ainda de uma paralysia

rheumatismal ou que esse mesmo doente seja scrophuloso, syphilitico que apresente hypetrophias ganglionares, lesões osseas, etc., que são frequentemente consequencias desses estados morbidos que acabamos de fallar e que podem mesmo actuar comprimindo este ou aquelle nervo podendo dar logar a uma paralysia mais ou menos completa, acreditamos que o emprego de um tratamento geral destinado a combater esses estados morbidos, será muitas vezes coroado do melhor exito; pois que é bem possivel que cessando a causa, cesse tambem o effeito, como já tivemos occasião de citar em uma observação, em que uma paralysia alcoolica ligeira foi completamente dissipada no fim de alguns dias, tendo-se empregado sómente os meios apropriados para combater o alcoolismo.

Entretanto, não poderemos deixar de mencionar mais uma vez que só poderemos obter esses resultados quando a paralysia fôr ligeira, datar de pouco tempo, quando não houver ainda perda completa da motilidade, nem perturbação alguma mais ou menos grave para o lado dos musculos ou dos nervos, pois que nestes casos, sómente um tratamento local convenientemente dirigido por meios energicos e preciosos que fallaremos já, poderá em muitos casos dar resultados maravilhosos. Assim mesmo infelizmente, não poderemos dizer que esses heroicos recursos sejão sempre seguidos dos melhores resultados, pois que algumas vezes apezar dos meios efficazes mais energicos, a paralysia persiste e torna-se muitas vezes incuravel; principalmente aquellas que datão já de algum tempo ou as que os musculos ou nervos tenhão soffrido alterações mais ou profundas em sua constituição.

Quanto ao tratamento local, ao lado daquelle que actua

sobre o musculo ou sobre o nervo com o fim de fazer restituir-lhes as suas propriedades physiologicas, devemos ainda mencionar um tratamento local, porém independente da paralysia; é assim que muitas vezes teremos de lutar contra o elemento etiologico, teremos de supprimir uma constricção, de reduzir uma luxação, dilatar um abcesso, extirpar um tumor, etc., que muitas vezes são causas de compressão de um nervo, trazendo geralmente como consequencia uma paralysia, e por conseguinte, se procurarmos fazer desappareceu a causa, os effeitos serão diminuidos ou completamente desapparecidos.

Quanto ao tratamento local, dependente de paralysia, aquelle que nos merece maior confiança, aquelle que toma a primasia entre todos até hoje empregados, é sem duvida como todos estão acordes em acreditar, o emprego da electricidade. E, como muito bem diz Desplats, a electricidade em mãos experimentadas e prudentes faz maravilhas!

Duchene preconisou o emprego das correntes induzidas no tratamento das paralysias de origem peripherica e Remack emprega de preferencia as correntes continuas. Aquellas que mais commummente hoje se empregão são as correntes intermittentes; sem comtudo abandonar-se ainda o emprego das correntes continuas, pois que este reconhece que tanto umas como outras têm propriedades anti-paralyticas; mas que devem ter indicações differentes ainda mal determinadas na clinica.

Onimus, em alguns casos, emprega ao mesmo tempo as correntes intermittentes e as correntes continuas, as primeiras, isto é, as correntes de inducção, para actuar sobre o funccionalismo do musculo e as segundas, isto é, as correntes continuas, para actuar sobre a nutrição em geral e para chamar a excitabilidade

dos nervos. Na applicação das correntes continuas emprega-se geralmente os polos positivos e negativos de maneira tal, que o ponto lesado se ache sempre comprehendido entre elles. E' assim, que se deve empregar o polo positivo na medulla, acima do ponto lesado, conforme o nervo e a séde da lesão do nervo, e o polo negativo no ponto lesado ou um pouco abaixo.

Quanto aos pontos de elecção em que se deve applicar a electricidade, e os seus effeitos, já os deixamos dito quando tratamos do diagnostico. Comtudo, além da electricidade meios therapeuticos importantes têm sido aconselhados e que, apezar dos effeitos prodigiosos da electrotherapia, não os devemos abandonar. E' assim, que o emprego da strychnina tem sido tambem muitas vezes seguido de magnificos resultados, principalmente quando conjunctamente com a strychnina auxiliamos com a electrotherapia; como tivemos occasião de observar no hospital da Veneravel Ordem 3ª do Monte do Carmo, na enfermaria de S. João, a cargo do nosso mestre Dr. Monteiro de Azevedo, diversos casos de hemeplegia facial *a frigore* e outros tantos de paralysias periphericas serem completamente curados e em poucos dias com o emprego das correntes de inducção e das injecções hypodermicas de sulfato de strychnina, alternativamente.

Além da strychnina temos ainda, os banhos, as duchas, os diversos excitantes cutaneos, fricções estimulantes, etc., que podem ser empregados e muitas vezes com resultados satisfactorios. Grasset considera esses meios de muito maior confiança do que o emprego da strychnina internamente.

O nosso illustrado professor da 1ª cadeira de clinica medica, o Exm. Sr. Conselheiro Dr. Torres Homem,

aconselha geralmente ao lado de emprego da electricidade localisada, o uso de banhos sulfurosos e para os quaes devemos chamar a nossa attenção, pois que, tivemos occasião de observar em sua clinica, os resultados beneficos desse modo de tratamento das paralysias periphericas.

Desplats ainda diz, que quando reconhecer-se uma nevrite franca, devemos recorrer aos antiphlogisticos, sanguesugas no ponto doloroso, vesicatorios, applicações emolientes, gelo, etc., e que sómente quando a nevrite aguda desapparecer e a paralysia persistir, é que devemos intervir excitando o musculo. Felizmente esse modo de tratamento não tem tido grandes apologistas, e hoje acha-se completamente abandonado. O emprego do phosphoro internamente, tambem foi invocado como meio de tratamento das paralysias periphericas, porém resultado algum tem sido obtido e caminha hoje a passos largos para o esquecimento.

A elongação dos nervos é um outro meio que tem sido posto em pratica para o tratamento das paralysias periphericas, mas que tambem parece-nos não ter dado resultados satisfactorios. Entretanto, Chandler mostrou em sua estatistica sobre 39 casos por elle observados, em que foi posto em pratica esse meio, uma cura, 36 melhoras e 2 insuccessos. Sounemburg e Blun obtiverão algum resultado com esse meio de tratamento. Ainda o emprego das aguas mineraes tem sido preconisado por Grasset, principalmente as aguas de La Melou e Balarue. Ainda a arnica, o extracto de sumagre venenoso (*rhus toxicodedron*) etc., têm sido aconselhados.

PROPOSIÇÕES

8 1886—G

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

Estudo especial sobre os thermometros clinicos

I

Dá-se geralmente o nome de thermometros, á instrumentos especiaes que servem para medir facilmente as diversas temperaturas.

II

A invenção dos thermometros data do seculo XVI, é ella attribuida por uns, á Galileu, por outros a Drebel e por outros emfim á Sanctorios.

III

Ha diversas especies de thermometros; porém os preferiveis em clinica, são os thermometros á mercurio, cujos autores são numerosos.

CADEIRA DE CHIMICA MEDICA E MINERALOGIA

Estudo chimico do ferro e de seus compostos

I

Tres são os estados em que na industria se apresenta o ferro, a saber: o de ferro ductil, maleavel ou doce, o de ferro coado e o de aço.

II

O ferro coado ou fundido, é o ferro combinado com carvão e silicio; encerra pequenas quantidades de phosphoro, enxofre, manganez e arsenico; contem 95 °/₀ de ferro puro.

III

O aço é um composto de ferro e carvão que pela tempera endurece e é susceptivel de pelo calor convenientemente applicado, tornar-se elastico e flexivel, sem todavia perder toda a sua consistencia; é mais carboretado que o ferro ductil e menos que o coado.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

Da evolução das plantas

I

Os vegetaes de organização mais rudimentar acham-se reunidos sob a denominação de Thallophitos.

II

Os cryptogamos são de organização mais completa.

III

Os Phanerogamos comprehendem os productos ultimos da metamorphose da cellula.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Pereirina e seus saes

I

A pereirina encontra-se nas cascas do páo-pereira (Geissospermum Villosü—Freire Allemão) planta da familia das Apocynaceas que cresce no Brazil, occupando principalmente a região comprehendida entre as provincias da Bahia, Espirito-Santo e Rio de Janeiro.

II

A pereirina tem o aspecto de um pó, incrystallisavel, datado de uma côr brancacenta, de sabor muito amargo, sem cheiro, muito soluvel no alcool e no ether, pouco soluvel na agua ; sendo todavia sufficiente para communicar-lhe o seu sabor amargo.

III

Á pereirina une-se facilmente aos acidos, dando logar á saes, não só acidos como tambem neutros, taes como : o chlorydrato acido de pereirina, o chlorydrato neutro, o sulphato, o acetato, o botyrato etc.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Orgão central da circulação

I

O coração, orgão central da circulação, é um orgão contractil, formado de dous conductos musculares estreitamente unidos e destinados um ao trajecto do sangue negro ou venoso e o outro ao trajecto do sangue vermelho ou arterial.

II

Ha portanto dous corações ; um coração direito ou pulmonar que preside a circulação do sangue venoso e um coração esquerdo ou aortico que preside a circulação do sangue arterial.

III

O orgão central da circulação acha-se situado na cavidade thoracica, entre os pulmões que o cobrem em parte, acima do diaphragma que o separa das visceras abdominaes, para diante do esophago e da aorta que o separão da columna vertebral, para atraz do sterno e das cartilagens costaes do lado esquerdo.

CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

Dos corpusculos do tecido conjunctivo e sua emigração atravez da organização de uns para outros tecidos

I

Os corpusculos do tecido conjunctivo se apresentão sob fórmas muito variadas.

II

Qualquer que seja a sua fórma, elles são sempre constituidos por protoplasma contendo um nucleo.

III

Os corpusculos do tecido conjunctivo têm uma propriedade analoga a das cellulas cartilaginosas, isto é, poder formar e secretar ao redor dellas uma membrana secundaria ou capsula das cartilagens.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Da innervação cardiaca

I

O coração apresenta duas ordens de nervos : uma que conprehende os nervos acceleradores que são emanados da medulla espinhal e do grande sympathico; e outra que comprehende os nervos moderadores que provêm do bulbo rachidiano e do pneumogastrico.

II

Os nervos acceleradores têm por funcção especial, excitar as contracções cardiacas, e os moderadores pelo contrario determinão o seu relaxamento.

III

No estado physiologico, essas funcções se contrabalanção de maneira que o coração se contrahe e se relaxa proporcionalmente.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

Anatomia pathologica da febre amarella

I

A côr amarella caracteristica da pelle, echymoses mais ou menos pronunciadas, infusão icterica invadindo quasi todos os orgãos, congestões para esses mesmos orgãos, decomposição mais ou menos rapida do cadaver, etc., taes são as alterações que mais geralmente se observa constituindo a anatomia pathologica macroscopica da febre amarella.

II

A anatomia pathologica microscopica é caracterisada por alterações que com o auxilio do microscopio, tambem frequentemente se observa, para o lado do sangue, da bile, da urina, do conteudo do estomago, etc. ; taes como diminuição dos globulos brancos do sangue, a presença de gordura e cellulas epitheliaes nesse mesmo sangue, albumina nas urinas, gordura e cellulas epitheliaes na bile, a presença do cryptoccocus nesses differentes liquidos e etc.

III

O estomago, theatro de variadas scenas durante a molestia, apresenta alterações anatomo-pathologicas muito variaveis.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

Da febre

I

Entende-se por febre, a elevação da temperatura geral acima do maximo physiologico.

II

A falta do parallelismo entre a temperatura e o pulso, fornece elementos importantes para o diagnostico de certas pyrexias.

III

A marcha da febre, é de grande valor para o estudo do diagnostico de certas affecções.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Febre amarella

I

A febre amarella é uma das pyrexias, cujo numero de synonimias é consideravel ; é assim que tem sido chamada febre maligna, febre pestilencial, mal de Sião, vomito preto, typho icteroide, typho nautico, febre maligna biliosa da America, febre do Brazil, etc.

II

A febre amarella é uma pyrexia mono-paroxistica, caracterisada por elevação rapida de temperatura, seguida immediatamente de aniquilação do pulso e symptomas geraes graves constituidos pela ataxo-adynamia.

III

Na febre amarella alguns symptomas ha, que traduzem certa gravidade, taes como : a anuria, o soluço, a adynamia profunda, hemorrhagias mais ou menos abundantes, etc.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Ferimentos por armas de fogo

I

As feridas por armas de fogo se complicão frequentemente, com a presença de corpos estranhos, feridas de nervos e vasos.

II

Toda a ferida articular produzida por uma arma de fogo; é geralmente grave.

III

Deve-se ter grande reserva quanto ao prognostico dos feridos por armas de fogo; pois que muitas vezes as mais simples em apparencia podem ser as mais graves.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIALMENTE BRAZILEIRA

Digitalis ; sua acção physiologica e therapeutica

I

A digitalis pertence á familia das scrofularias e ao genero digitalis purpurea.

II

Os principios activos mais importantes da digitalis são : a digitalina, a digitaleïna e a digitoxina.

III

E' sobre o orgão central da circulação que a digitalis manifesta o mais importante de seus effeitos.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Estudo pharmacologico do opio e seus alcaloides

I

O opio é o succo concreto do Papaver Sonniferum, planta pertencente à familia das Papaveraceas.

II

Conhece-se diversas variedades de opio ; porém os mais importantes são os tres seguintes, e cujo valor se acha em razão directa da quantidade de morphina que contem : o opio de Smyrna que contém 12 á 14 % de morphina ; o opio de Constantinopla que contem 10 % de morphina e o opio do Egypto que contem 3 % de morphina.

III

Os principaes alcaloides do opio são : a morphina, a narceina, a codeina, a thebaina, a papaverina e a nicotina.

CADEIRA DE HYGIENE PUBLICA E PRIVADA E HISTORIA DA MEDICINA

Estudo historico da febre amarella no Brazil

I

A febre amarella não teve por berço o Brazil, como muitos o attribuem; foi em 1686, que pela primeira vez a febre amarella visitou o imperio americano, começando os seus estragos pela provincia de Pernambuco.

II

Depois dessa época remota, sómente no mez de Outubro do anno de 1849, foi que apparecêrão na Bahia os primeiros casos de febre amarella.

III

Nesse mesmo anno, foi o Rio de Janeiro visitado por essa terrivel pyrexia; sendo o anno seguinte (1850) aquelle em que os Brazileiros maior tributo pagarão a essa enfermidade.

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS

Da lithotricia de Bigelow

I

Foi, em 1878, que o professor Bigelow propoz como regra geral na operação da lithotricia, esmagar, pulverisar o calculo o mais possivel em uma só sessão, e fazer a sua extracção por aspiradores e sondas evacuadoras de grossos calibres, sem haver tempo determinado para a operação.

II

Os instrumentos empregados por Bigelow, principalmente os lithotridores, erão de volumes muito consideraveis.

III

Ao lado das vantagens que apresenta o processo de Bigelow, ha tambem pontos de grandes perigos.

OBSTETRICIA

Delivramento

I

Dá-se o nome de delivramento, á expulsão natural ou artificial dos annexos do feto fóra do seio materno.

II

Conforme essa expulsão se der naturalmente (o que é mais communmente observado) ou seja necessario a intervenção da arte, assim o delivramento chamar-se-ha natural ou artificial.

III

No delivramento natural, observa-se geralmente tres tempos, a saber: 1°. descollamento da placenta; 2°, sua expulsão do utero; 3° sua expulsão da vagina.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

Das provas da vida em materia de infanticicio

I

Comprehende-se sob o nome de infanticidio, a morte de um feto, durante ou depois do seu nascimento (24 horas no maximo) determinada com fim criminoso.

II

As provas da vida em materia de infanticidio, são geralmente tiradas do estado dos pulmões, da evacuação da urina e do meconio, do exame do estomago e intestinos, do estado das cavidades do tympano, etc.

III

De todas essas provas de vida, aquella que nos fornece elementos mais importantes para a solução do nosso problema, vem a ser, o estudo minucioso do estado dos pulmões.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Do diagnostico e tratamento das pyrexias palustres

I

O diagnostico das pyrexias palustres é geralmente facil.

II

O medicamento especifico das pyrexias palustres é o sulphato de quinina.

III

Antes do emprego do sulphato de quinina, as pyrexias palustres reclamão muitas vezes outra medicação.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Condições pathogenicas e modalidades clinicas da hysteria.

I

Duas são as fórmas que geralmente se apresenta a hysteria ; a fórma convulsiva e a não convulsiva.

II

Multiplas e variadas são as causas que têm sido invocadas como dando logar a hysteria.

III

Como meio sedativo, o mais commummente empregado no tratamento da hysteria vem a ser o bromureto de potassio.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Estudo comparativo dos methodos de tratamento dos aneurysmas cirurgicos ou externos

I

Os diversos methodos de tratamento dos aneurysmas cirurgicos ou externos, uns actuão sobre o tumor, tendo por fim destruil-o ou fazel-o desapparecer; outros têm por fim, provocar a coagulação do sangue no sacco aneurysmal.

II

Os methodos que actuão sobre o tumor destruindo-o ou fazendo-o desapparecer são: a abertura do sacco aneurysmal, a extirpação do tumor, a cauterisação e a amputação do membro em que o aneurysma se assesta.

III

Os methodos que têm por fim provocar a coagulação do sangue no sacco aneurismal são: o methodo de Valsava, o emprego dos stypticos, os refrigerantes, a acumpunctura, a galvano-punctura, as injecções coagulantes, etc., e principalmente a ligadura e a compressão.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DOS ADULTOS

Da morte subita durante as operações cirurgicas

I

A morte subita durante as operações cirurgicas, é rara.

II

A morte subita durante as operações cirurgicas, é muitas vezes devida aos agentes anesthesicos.

III

Antes de submettermos um individuo aos agentes anesthesicos, devemos sempre examinar minuciosamente o orgão central da circulação.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Frigidum ossibus adversum, dentibus, nervis, cerebro, dorsali medulæ; calido, vero utile.

(Sec. V; Aph. 15).

II

Per mobus minore sunt periculo quorum naturæ es ætati et habitui et anni tempestati morbus magis cognatut fuerit quam quibus in horum minime cognatus.

(Sec. II; Aph. 34).

III

Confertim et repente vacuare vel implere vel calefacere vel refrigerare vel utcumque aliter corpus movere periculosum.

(Sec. II; Aph. 51).

IV

Mente constare et bene habere ad ea quæ offeruntur quovis in morbo bonum, contra vero malum.

(Sec. II; Aph. 33).

V

Morborum acutorum, non in totum certæ sunt prænunciationes, neque salutis, neque mortis.

(Sec. II; Aph. 19).

VI

In acutis morbis extremorum refrigeratio mala.

(Sec. VII; Aph. 1).

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio, 10 de Setembro de 1886.

Dr. Brandão.

Dr. Crissiuma.

Dr. Francisco de Castro.